

附表二十九 全民健康保險新生血管抑制劑(Anti-angiogenic agents)

事前審查申請表

送核

申覆

受理

日期

編號

醫療機構	名稱	保險對象	姓名	出生日期	年 月 日	原受理編號	預定實施日期	年 月 日
	代號	身分證統一編號	科別	<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院	病歷號碼	申請醫師姓名 身分證號	年 月 日	年 月 日
ICD-10-CM 代碼		<input type="checkbox"/> wAMD: _____ <input type="checkbox"/> DME: _____ <input type="checkbox"/> PCV: _____		<input type="checkbox"/> CRVO: _____ <input type="checkbox"/> CNV: _____ <input type="checkbox"/> BRVO: _____		使用日期	年 月 日至 年 月 日	
藥品名稱及代碼	申請適應症、類別及數量		檢附資料			用法用量	健保署核定欄	
<input type="checkbox"/> ranibizumab <input type="checkbox"/> aflibercept <input type="checkbox"/> verteporfin	<input type="checkbox"/> wAMD：ranibizumab 及 aflibercept 擇一申請。第一次申請以3支為限，每眼上限為7支，須於第一次申請核准後5年內使用完畢 <input type="checkbox"/> 第一次申請(支) <input type="checkbox"/> 第_次申請(支) <input type="checkbox"/> 第_次申復 <input type="checkbox"/> DME：限 ranibizumab 及 aflibercept 擇一申請。第一次申請以5支為限，每眼上限為8支，須於第一次申請核准後5年內使用完畢 <input type="checkbox"/> 第一次申請(支) <input type="checkbox"/> 第_次申請(支) <input type="checkbox"/> 第_次申復 <input type="checkbox"/> PCV：限 verteporfin、aflibercept 及 ranibizumab 擇一申請。verteporfin 每次申請給付1支，每眼上限為3支；aflibercept 及 ranibizumab 第一次申請以3支為限，每眼上限為7支，須於第一次申請核准後5年內使用完畢 <input type="checkbox"/> 第一次申請(支) <input type="checkbox"/> 第_次申請(支) <input type="checkbox"/> 第_次申復 <input type="checkbox"/> CNV：限 ranibizumab 及 aflibercept 擇一申請。申請以一次為限，每眼最多給付3支，申請核准後有效期限為5年。		<input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼 一、病眼最佳矯正視力： 二、1個月內有效之 <input type="checkbox"/> fluorescein angiography (FAG) <input type="checkbox"/> optical coherence tomography (OCT) <input type="checkbox"/> 眼底彩色照片 三、AMD 需另行檢附： <input type="checkbox"/> indocyanone green angiography (ICG) 四、DME 需另行檢附： <input type="checkbox"/> 中央視網膜厚度：_____μm。 <input type="checkbox"/> 近3個月之HbA1c數值：_____ 五、PCV需另行檢附： <input type="checkbox"/> indocyanone green angiography (ICG) <input type="checkbox"/> 治療紀錄與病歷 六、CRVO、BRVO需另行檢附： <input type="checkbox"/> 中央視網膜厚度：_____μm 七、CNV需另行檢附： <input type="checkbox"/> 近視度數_____。 <input type="checkbox"/> 眼軸長_____mm。 <input type="checkbox"/> 因CNV病變而導致動態滲漏或中央視網膜內或視網膜下液。 八、前次申請資料(已核准1次之後申請者)			<input type="checkbox"/> 同意備查。 <input type="checkbox"/> 使用劑量不符合常規，核定量為 <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 不符合適應症。 <input type="checkbox"/> 不符給付規定。 <input type="checkbox"/> 下列需排除之情況未排除： <input type="checkbox"/> 相關檢驗、檢查報告不全，補附資料再審，請補充以下資料： <input type="checkbox"/> 其他：		

	<input type="checkbox"/> CRVO：限 ranibizumab 及 aflibercept 擇一申請，且未曾申請給付 dexamethasone 眼後段植入劑者。第一次申請以3支為限，每眼上限為7支，須於第一次申請核准後5年內使用完畢 <input type="checkbox"/> 第一次申請(支) <input type="checkbox"/> 第__次申請(支) <input type="checkbox"/> 第__次申復 <input type="checkbox"/> BRVO：限 ranibizumab 及 aflibercept 申請。第一次申請以3支為限，每眼上限為7支，須於第一次申請核准後5年內使用完畢 <input type="checkbox"/> 第一次申請(支) <input type="checkbox"/> 第__次申請(支) <input type="checkbox"/> 第__次申復											
注意事項	1. 本申請書限一人一案，由本保險特約醫事服務機構填報，不必備文，請逕向健保署各分區業務組申請審核。 2. 「原受理編號」申復時填寫，初次送核不須填寫。 3. 應事前審查之項目未依規定事前申請核准者，不予給付費用；事前申請核准之個案，日後如經審定保險對象或醫事服務機構有不符合全民健康保險給付規定者，亦不予給付費用。 4. 對核定結果如有異議，得於收到核定通知之日起六十日內，重行填寫乙份申請書(應勾註申復，並填明原受理編號)向原核定單位申請複核。 5. 對複核結果如有異議，得於收到複核通知之日起六十日內向全民健保爭議審議委員會申請審議。 6. 對核定結果有異議者，應循上述申復及爭議審議途徑申請複核或審議，不得以新個案重新申請送核，否則不予受理。 7. 保險醫事服務機構如因事出緊急，得以書面說明電傳保險人報備後，先行處理治療，並立即備齊應附文件備查。 8. 經核准使用者，醫令申報請選擇符合適應症之 ICD-10-CM 代碼申報，以利檢討及統計。			衛生福利部中央健康保險署 日期章戳		審查醫師						
醫事服務機構	負責醫師 印信	申請日期： 年 月 日 文號：		承辦人		複核		科長		決行		